

A IMPORTÂNCIA E AS PRINCIPAIS POTENCIALIDADES DA *E-HEALTH* PARA OS CIDADÃOS MAIS IDOSOS

Henrique Gil

*ESE - Instituto Politécnico de Castelo Branco & CAPP-ISCSP - Universidade Técnica de Lisboa
Rua Prof. Dr. Faria de Vasconcelos, 6000-266 Castelo Branco, Portugal*

Fausto Amaro

*CAPP – ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa
Rua Almerindo Lessa, 1300-633 Lisboa, Portugal*

RESUMO

As zonas rurais de Portugal, onde se situa o distrito de Castelo Branco, são zonas onde se evidenciam factores relacionados com a desertificação e com um progressivo envelhecimento da população que aí ainda reside. Como consequência da migração para as cidades, muitos dos serviços de apoio às populações rurais estão a ser extintos. Para qualquer cidadão a disponibilização e o acesso aos cuidados de saúde constituem uma prioridade para a manutenção da sua qualidade de vida, mas para os idosos esta questão é ainda mais prioritária. Neste momento está a ser iniciada uma investigação (revisão de literatura e recolha de dados), ao nível de um Pós-Doutoramento, com o objectivo de averiguar a importância e as principais potencialidades da *e-Health* para a população mais idosa numa zona rural de Portugal – Castelo Branco. Com esta investigação, após a averiguação e investigação do «estado da arte» pretende-se propor e operacionalizar um conjunto de medidas que promovam a *e-Health* junto da população idosa de Portugal para que esta possa promover um adequado envelhecimento activo. Para o efeito, serão apresentadas as principais iniciativas da União Europeia e de Portugal no âmbito da *e-Health*.

PALAVRAS-CHAVE

e-Health; idosos; ferramentas tecnológicas/digitais; Portugal; Castelo Branco; envelhecimento activo

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONCEITO DE *E-HEALTH* E SEUS RESULTADOS PRÁTICOS

A designação de *e-Health*, numa perspectiva mais internacional, pode ser designada através de uma tradução mais literal para o português como *e-Saúde* ou ainda como é designada na documentação da União Europeia por «*saúde em linha*». Na presente comunicação, dado tratar-se de um evento internacional será adoptada a designação de *e-Health*. Mas, afinal, o que se entende por *e-Health*? Este conceito, de acordo com Espanha (2009) vai mais além do que a simples procura de informação sobre saúde na Internet incluindo novas e diferentes possibilidades de tratamento médico, de fontes de informação alternativas e de políticas que sejam inovadoras. Ou seja, constituirá a aplicação das tecnologias da informação e das comunicações a toda a gama de funções e de serviços que intervêm no sector da saúde (EU, 2004). Quer isto dizer que a *e-Health* não se confina apenas à utilização da Internet mas antes à inclusão de ferramentas para as autoridades e para os profissionais da área da saúde, para os doentes e para os cidadãos. Esta questão tem a ver com o conceito utilizado por Shilling (2002) e por Henwood et al (2003) que corresponde ao ‘paciente informado’ mas que, apesar de poder estar informado, continua a responsabilizar o seu médico assistente sobre o seu estado de saúde.

As principais ferramentas da *e-Health* constituem redes de informação sobre saúde, sobre os registos de digitais de saúde, os serviços de telemedicina, os portais de saúde, os dispositivos pessoais que monitorizam os doentes e todos aqueles dispositivos que se enquadram no apoio à prevenção, ao processo de diagnóstico, nos tratamentos e nas consequentes monitorizações (ex: estado cardíaco dos doentes). Como ainda refere Espanha (2009) o principal papel da comunicação na saúde pode ser enquadrado em três níveis: 1. Melhorar os cuidados de saúde nos casos das doenças crónicas e agudas. 2. Promover a redução dos impactos sócio-

económicos, raciais, étnicos ou em doenças específicas nos respectivos cuidados de saúde. 3. Por último, melhorar uma efectiva promoção da saúde e na sua prevenção. O que se pretende é que estas ferramentas tecnológicas/digitais possam agregar a análise e o armazenamento de dados clínicos em toda a sua diversidade, com informações atempadas ‘à medida’ dos cidadãos que as requerem e que delas necessitam. Como é defendido por Raeve (2010) este manancial de informação só será útil se as informações puderem ser partilhadas entre as diferentes instituições de saúde e se puderem chegar a todas as áreas geográficas, principalmente, às mais remotas. Ao mesmo tempo, estas ferramentas tecnológico/digitais permitem o acesso às mais recentes descobertas científicas e podem (devem) também ser canais de comunicação e de colaboração entre diferentes instituições, organizações e profissionais do sector da saúde para a partilha e cooperação. É esta ‘deslocalização’, a possibilidade de se aceder em qualquer lugar (desde que haja numa ligação à Internet disponível) aos registos e/ou história do doente com o acesso aos exames e aos diagnósticos anteriores podem ajudar, por exemplo, no caso de cirurgiões, a serem mais céleres na preparação de intervenções com uma maior celeridade.

Na opinião de Wilson (1997) podem existir quatro diferentes modelos ou condutas de procura de informação na Internet: 1. ‘Atenção passiva’, onde a procura e aquisição da informação não é intencional. 2. A ‘procura passiva’ quando se verifica que um dado comportamento permite a aquisição de algum tipo de informação que é relevante. 3. ‘Procura activa’ quando se verifica uma intencionalidade clara e objectiva na obtenção de informação. 4. E, por último, a ‘procura em decurso’ que vem na sequência de uma procura activa onde um dado esquema de base de conhecimento já foi adquirido mas que através de novas procuras mais ou menos ocasionais permitem ou a actualização da informação ou a obtenção de informações complementares. Estas diferentes condutas podem estar relacionadas com os níveis de literacia do cidadão que pode ser mais ou menos capacitado para a obtenção da informação que procura ou que necessita. Nos dois primeiros casos pode-se depreender que não há, de forma intencional, o tratamento da informação e/ou a existência de uma filtragem da informação o que poderá levar a algum desnorte e confusão. Nos dois últimos casos, depreende-se a existência de uma grande sobrecarga da informação, com níveis mais altos de interactividade e que pode levar a maiores níveis de esclarecimento e de conhecimento. Se, por um lado, o médico tal como já se descreveu, passa a dispor de um manancial de informação sobre o seu doente através das ferramentas tecnológico/digitais, o doente, por seu lado, ganha um novo estatuto e/ou uma nova autonomia pela informação que já consultou, uma espécie de ‘empowerment’ que é agora proporcionado ao doente (Friedman, 1996). Este novo contexto deve rentabilizar todos os aspectos positivos que acarreta no sentido de poder aproximar mais o doente do seu médico através de um ‘consentimento informado’ do doente em relação às decisões do seu médico.

2. INICIATIVAS DA UNIÃO EUROPEIA

A União Europeia (EU, 2010) lançou em 2010 «A Digital Agenda for Europe», onde abraça vários níveis de intervenção, na sequência de um Plano de Acção tomado em 2004, no âmbito da *e-Health*: «*e-Health – Making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*». Este plano de acção teve como principais objectivos incentivar a indústria informática para o sector da saúde e, ao mesmo tempo, reduzir custos associados aos cuidados médicos. De uma forma mais sistematizada, pretendia-se que este plano de acção pudesse concretizar as seguintes metas (EU, 2004): incentivar e promover o empenho e a liderança das autoridades sanitárias em termos financeiros e nos processos organizativos, sempre com especial atenção para os contextos culturais e organizacionais de cada país membro; garantir a interoperabilidade dos sistemas de *e-Health* para que se consiga a sua integração sem descontinuidades de sistemas heterogéneos para que seja possível a criação de uma rede europeia de centros de referência e que permita que qualquer que seja o país ou a instituição, os médicos possam aceder a todas informações de um dado paciente; necessidade da implementação de sistemas de banda larga que permitam a melhor acessibilidade e, fundamentalmente, a rapidez na obtenção dos resultados; necessidade de se criar uma regulamentação no mercado da saúde que seja compatível entre todos os estados membros; garantir a confidencialidade e a segurança relacionada com a protecção de dados dos doentes e que seja respeitada a sua privacidade; outro aspecto tem a ver com a mobilidade que deverá prever que um doente possa circular

dentro da União Europeia na procura de cuidados médicos em diferentes países membros e ainda a promoção de estudos acerca da avaliação do impacto do envelhecimento da população europeia nos sistemas de saúde.

Em termos gerais, foi possível identificarem-se sete áreas-chave onde é necessário insistir-se (sendo que algumas delas já constituíam objectivos em 2004) e que se passam a referir: a existência de um mercado digital fragmentado que deve ser regulado para que haja uma compatibilidade interna; a continuada inexistência de interoperabilidade que não permite uma adequada interacção entre os serviços; o combate ao designado ‘*cybercrime*’ que veio criar uma maior desconfiança na segurança das redes digitais; necessidade de um maior investimento na cobertura por banda larga; necessidade de mais investigação e de processos de inovação; diminuir a actual existência de baixos níveis de literacia digital existindo ainda ‘*bolsas*’ significativas de info-excluídos (mulheres, desempregados, cidadãos com baixos níveis de escolaridade e os idosos) que urge corrigir. De entre as várias dimensões a intervir, a *e-Health* tem uma medida dedicada que pretende que os sistemas de saúde sejam sustentados tendo por base as tecnologias digitais no sentido de apoiarem os cidadãos e de lhes conceder uma vida digna e independente. Mais concretamente, será a «*eHealth Lead Market Initiative*» que dará corpo a um conjunto de iniciativas relacionadas com: a normalização dos sistemas, a interoperabilidade e a certificação dos equipamentos; a implementação e o desenvolvimento da telemedicina ao nível de consultas online, tratamentos e cuidados de médicos através da monitorização de dispositivos portáteis digitais, especialmente, para doentes crónicos ou que possuam deficiências ou limitações para que estes possam ter a possibilidade de uma maior liberdade de acção.

3. PORTUGAL: ALGUNS DADOS SOBRE E-HEALTH

Em Portugal, o Ministério da Saúde decidiu criar a «*Rede de Informação da Saúde*» promovendo a interligação de diferentes organismos (hospitais, centros de saúde, serviços administrativos centrais, regionais e locais) com o intuito de formalizar e de institucionalizar a *e-Health*. Os serviços do Ministério da Saúde criaram no seu sítio Web oficial um conjunto de ferramentas que se encontram disponibilizadas para os seus utentes e que permitem a utilização dos dispositivos tecnológico/digitais como um meio facilitador do Ministério com o cidadão. Neste sentido, o Portal da Saúde surge como um meio de promoção da qualidade da informação e da prestação de cuidados de saúde qualificados (Pestana, 2009).

A título de exemplo, no Portal da Saúde (www.portaldasaude.pt) a interacção com o cidadão pode ser realizada em três diferentes níveis: *eAgenda*; *eRNU*; *eSIGIC*. Seguidamente passa-se a clarificar cada uma destas valências tecnológico/digitais: a) A ‘*eAgenda*’, criada em Julho de 2010, tem como principais objectivos a marcação de consultas e pedidos de receitas para doença crónica. O cidadão entra no sistema através da autenticação com o seu número do Sistema Nacional de Saúde e a Senha respectiva, o que pressupõe um Registo prévio no Portal. A marcação de consultas pode ser feita apenas para o próprio ou para a totalidade do seu agregado familiar, no conceito existente do ‘Médico de Família’. Posteriormente, o sistema informará o cidadão através do envio de um e-mail ou através de uma SMS. O cidadão, se assim o entender, poderá visualizar e consultar pedidos anteriores e ter a possibilidade de aceder ao seu historial. No caso de doença crónica, o cidadão poderá requerer a medicação que pretende através de uma lista de medicamentos que previamente foi validada pelo seu médico assistente. O acesso à receita só tem lugar após processo de validação posterior, sendo a essa informação veiculada pelo envio de e-mail ou por uma SMS. b) A *eRNU* diz respeito à Consulta de Dados do Registo Nacional de Utentes que permite a que cada cidadão se possa inscrever no Sistema Nacional de Saúde e nele insira os seus dados pessoais em termos de benefícios e de subsistema de saúde a que pertence. c) A *eSIGIC* corresponde à possibilidade de se realizarem consultas relativas à inscrição dos cidadãos para Cirurgia que permite saber, com total transparência, a posição que ocupa na lista de espera e qual o tempo previsível para a execução da cirurgia.

Apesar destas iniciativas, no entender de Pestana (2009), as principais barreiras poderão dever-se à falta de uma visão sistémica quer a uma escala nacional quer à escala de cada unidade de saúde o que tem levado à duplicação de procedimentos que se demonstram ser desnecessários e incongruentes. Esta situação, ainda na opinião de Pestana (2009, p. 136) poderá levar à evolução para um “(...) modelo de anarquia informacional, marcada pela total ausência de uma política de informação, para um modelo de utopia tecnocrática, em que o sistema se baseia apenas em aplicar as soluções tecnológicas emergentes.” Por isso, torna-se também determinante o papel e o empenho das lideranças das instituições de saúde promovendo as mudanças

organizacionais e o desenvolvimento de novas competências e na adopção de novas técnicas e procedimentos para que se possam implantar novas formas de prestação de cuidados de saúde (EU, 2004).

4. A *E-HEALTH* NO DISTRITO DE CASTELO BRANCO: DADOS GERAIS E PRELIMINARES DA INVESTIGAÇÃO

A investigação de Pós-Doutoramento vai incidir sobre o distrito de Castelo Branco que se encontra na zona centro de Portugal e que faz fronteira com Espanha. A escolha desta zona do país foi feita pelo facto de ser aí que se tem vindo a desenrolar a actividade docente e de investigação e por ser considerada uma das zonas mais envelhecidas de Portugal, pelo que se torna importante averiguar e implementar todas as possibilidades que possam vir a melhorar a qualidade de vida dos idosos através da utilização dos meios tecnológico/digitais. O Distrito de Castelo Branco possui uma área de 1,436km² estando incluído, em termos de organização geográfica, na NUT II Centro e na NUT III Beira Interior, sendo o seu concelho constituído por 25 Freguesias. Em 2001, de acordo com os dados do último censo o total da população residente era de 55 708. A distribuição desta população é muito heterogénea possuindo uma densidade populacional de 38,7 hab/km² cujo valor é bastante inferior à média nacional que é de 112,4 hab/km². A maioria da população situa-se entre a faixa etária dos 25-64 anos, com um valor de 51,9%, sendo os idosos com 65 e mais anos o segundo maior grupo com um valor que chega aos 22,2% (Santos e Nicolau, 2004). Em termos de índice de envelhecimento Castelo Branco apresenta o valor de 163,2% contrastando enormemente com o valor de Portugal que se situa em 102,3%. A investigação tem como principal objectivo identificar as principais variáveis associadas à implementação da *e-Health* do ponto de vista das estruturas de saúde: Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco. Esta ULS foi criada pelo Decreto-Lei nº 318/2009, de 2 de Novembro, que veio incluir o Hospital Amato Lusitano e os Agrupamentos de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul. Para o efeito serão realizadas entrevistas aos responsáveis destas estruturas de saúde com o fim de se poder fazer um diagnóstico da realidade, das experiências efectuadas e/ou em curso e dos projectos futuros que venham a envolver a *e-Health*. A amostra da população idosa será do tipo aleatória, estratificada por freguesias e de composição proporcional à dimensão dessas freguesias, com um nível de confiança de 95% e com uma margem de erro máximo de $\pm 5\%$. A amostra global contará com 600 entrevistados divididos em dois grupos: um sub-grupo de 400 entrevistados no seu local de residência (idosos com autonomia total) e um outro sub-grupo composto por 200 entrevistados que possuam já algum grau de dependência (Centros de Dia). Ambas as entrevistas têm como base um questionário estruturado e que é semelhante para as duas sub-amostras. A partir dos dados recolhidos pretende-se implementar um projecto de intervenção junto dos Centros de Saúde e da população idosa (residência e Centros de Dia) para a promoção efectiva da *e-Health*.

5. REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na opinião de Varela (2009) a informação e o conhecimento possuem uma forte componente social pelo que a sua criação, acesso e partilha vêm contribuir, de forma significativa, para o fortalecimento das comunidades e até de um país na perspectiva de que se possa gerar mais e melhor conhecimento. Mas para isso é necessário que essa informação seja bem utilizada e que os cidadãos possuam as competências necessárias e suficientes para a poderem usufruir. Para o efeito, Dudziak (2001) apresenta o conceito de '*information literacy*' que vem implicar nos cidadãos o domínio de um conjunto de competências que lhes permitam avaliar a informação tendo em consideração vários critérios, tais como, a relevância, a objectividade, a pertinência, a lógica e a ética, para que possam fazer a incorporação desta informação seleccionada e tratada nos seus conhecimentos, referenciais e valores. Só com o domínio e aplicação destas competências é que os cidadãos estarão aptos a realizarem intervenções inteligentes, com independência, com autonomia, com espírito crítico e numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida. É também esta a opinião de Neves e Santos (2009) ao considerarem que as pesquisas na Internet devem ser realizados por cidadãos que estejam habilitados ao rigor e à flexibilidade da pesquisa referencial digital, com a priorização dos recursos de busca pois, caso contrário, a informação recolhida pode ter efeitos muito negativos. Não são apenas as competências tecnológicas mas, mais importante que estas, são as competências que os cidadãos devem

possuir no sentido de serem capazes de explorar instrumentos intelectuais, desenvolvendo o espírito crítico e a autonomia nas pesquisas efectuadas na Internet.

No caso concreto da *e-Health* é importante que a informação disponibilizada seja apresentada sem erros e acessível. O que se prevê, no futuro próximo, é que os dados e as informações de saúde electrónicas passarão a ser partilhados entre os diferentes instituições e serviços de saúde e os cidadãos pelo que se torna necessária uma compatibilidade e interoperabilidade entre os diferentes sistemas. E, como adverte Cabrnoch (2010), a *e-Health* será necessária, cada vez mais, para intervir em situações de tratamentos de longa duração decorrente do aumento da esperança de vida e do aumento do envelhecimento global. Esta nova realidade tem que promover mudanças estruturais mais profundas. Estas mudanças têm que chegar às Escolas e às Universidades, é urgente que se reformulem os currículos e se repensem os conteúdos a serem ministrados. Têm que ser currículos que incluam temas sobre o envelhecimento, sobre a gerontologia, sobre o conceito de envelhecimento activo. Como refere Kalache (2009), hoje sabemos tudo sobre a psicologia do desenvolvimento desde a infância até à idade adulta, mas nada ou muito pouco se aprende na forma como devemos lidar com os idosos. Para concluir, é importante reter a ideia que as tecnologias são importantes mas as pessoas são ainda mais importantes. O que a *e-Health* pode promover é que se possa passar da situação de 'pacientes' mais ou menos informados, para o desenvolvimento de 'cidadãos informados' incrementando o seu bem-estar e qualidade de vida através da salutar interposição entre o paciente e profissional de saúde como também entre estes profissionais e, entre estes e as instituições de saúde numa perspectiva holística.

REFERÊNCIAS

- Cabrnoch, M. 2010. Citizens' E-Health – What would e-Health bring to common citizens? *Health First Europe*, September-November, pp. 14-17.
- Decreto-Lei nº 318/2009, de 2 de Novembro. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 212.
- Dudziak, E. 2001. A information literacy e o papel educacional das bibliotecas. *Dissertação de Tese de Mestrado*. Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Espanha, R. 2009. *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede – O caso português*. Monitor: Lisboa.
- Espanha, R. et al. 2007. *Conteúdos de Saúde On-Line: Google, WWW e Blogues*. CIES-ISCTE: Lisboa.
- EU. 2004. *e-Health – Making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*: Commission of the European Communities: Brussels.
- EU. 2010. *A Digital Agenda for Europe*. European Commission: Brussels.
- Friedman, J. 1996. *Empowerment*. Actual Editora: Lisboa.
- Henwood, F. et al. 2003. 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the merge of the 'informed patient' in the changing landscape of health information. *Sociology of Health & Illness*, 25 (6), pp. 589-607.
- Kalache, A. 2009. O Envelhecimento e a Cidade. . In *Fundação Calouste Gulbenkian. O tempo da Vida – Fórum Gulbenkian da Saúde Sobre o Envelhecimento* (pp. 215-229). Príncipeia: Cascais.
- Neves, B. e Santos, J. 2009. Estratégias de busca em fontes de informação electrónica. In *Duarte, Z. e Faris, L. (Orgs) A Medicina na Era da Informação*. (pp. 265-276). Editora da Universidade Federal da Bahia: Salvador.
- Pestana, O. 2009. Sistemas de Informação de Saúde em Portugal: Mito e realidade. In *Duarte, Z. e Farias, L. (Orgs). A Medicina na Era da Informação*, pp. 127-138.
- Raeve, P. 2010. E-Health and Labor Challenges – E-quality for e-safety: a nurses' view on e-Health. *Health First Europe*, September-November, pp. 34-37.
- Santos, L. e Nicolau, M. 2004. *Caracterização Socio-Económica dos Concelhos – Conselho de Castelo Branco*. Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano – Direcção de Serviços de Estudos e Planeamento Estratégico: Lisboa.
- Shilling, C. 2002. Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *British Journal of Sociology*, 53, (4), pp. 621-638.
- Varela, A. 2009. Comunicação da Informação em Saúde: Contribuições das teorias cognitivas. In *Duarte, Z. e Faris, L. (Orgs) A Medicina na Era da Informação*. (pp. 245-263). Editora da Universidade Federal da Bahia: Salvador.
- Wilson, C. 2009. O envelhecimento no Séc. XXI – Perspectivas demográficas. In *Fundação Calouste Gulbenkian. O tempo da Vida – Fórum Gulbenkian da Saúde Sobre o Envelhecimento* (pp. 35-49). Príncipeia: Cascais.
- Wilson, T. 1997. Information behavior: an interdisciplinary perspective. In *Vakkari, P., Savolainen, R. e Dervin, B. (Eds). Information seeking in context: Proceedings of an International Conference on Research in Information Needs*, pp. 272-294.